AT1 Primer parcial

HH.CC Módulo 1

Resumen de el manual

Sección 1. La comunicación humana

Conceptos básicos sobre el enfoque internacional de la comunicación.

¿Qué es? - propuesta por el Mental Research Institute (MRI), fundada en los 60 por Don Jackson; enfoque multidimensional, es inherente en la relación humana y depende del contexto. Se prioriza el aspecto relacional sobre el contenido, sistema abierto.

Principios de la comunicación internacional -
1. Principio de totalidad: se ve como un "gestalt", si una parte cambia las otras igual (constante interacción y cambio.
2. Principio de causalidad circular: no es unilateral, sino intercambio circular constante y retroalimentación.
3. Principio de regulación: normas que regulen la comunicación y den un equilibrio.

¿Qué son los axiomas? - Proposición que se considera evidente, permiten adentrarse en el estudio de la pragmática de la comunicación humana.

Axiomas de la comunicación -
1. "Es imposible no comunicarse".
2. "Toda comunicación tiene un nivel de contenido y un nivel relacional, el segundo clasifica al primero, por ende es una metacomunicación" **(Gregory Bateson**). Referencial: contenido del mensaje. Conativo: tipo de mensaje, refiere a la relación.
3. "La naturaleza de una relación depende de la forma de puntuar o pautar las secuencia de comunicación que cada participante establece" (Bateson y Jackson), puntuación de la secuencia de hechos; los participantes pueden creer que la conducta del otro es causa de su propia conducta.
4. "Las personas utilizan tanto la comunicación digital como la analógica", componente digital; lingüístico o escrito (contenido), analógico; no verbal, tono de la voz, gestos, postura corporal (relación).
5. "Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia". Complementario; madre e hijo, médico-paciente. Simétrica; se basa en la igualdad, amigos, hermanos, pareja.

¿Cómo me comunico con los demás?

Leyva y Loicell; "Cada persona posee un estilo de comunicación determinado, que lo identifica y matiza sus relaciones con los demás, determinando el nivel de efectividad en su comunicación

interpersonal, lo cual se torna decisivo en aquellos profesionales en que la comunicación constituye un arma vital y una cualidad profesional".

Estilos de comunicación- Clasificación de **Van-der Hofstadt**. Determinados por elementos verbales, paraverbales y no verbales, estás adquieren características diferentes en cada estilo (el "qué" y el "cómo" me comunico).

Asertivo: "Las personas asertivas conocen sus propios derechos y los defienden, respetando a los demás, es decir, no van a "ganar", sino llegar a un acuerdo" **Castanyer**. Características; buen contacto visual, postura relajada y firme (no verbal); voz fuerte y firme (para verbal); lenguaje directo, no prejuzga, evalúa la conducta, pregunta por alternativas (verbal). Ej: paciente; claridad, escucha con atención y plantea sus dudas. Médico; se centrará en el paciente, personaliza su atención y generará confianza.

Pasivo o inhibido: "No defienden sus derechos e intereses personales. Respetan a los demás pero no a sí mismos" **Castanyer**. Características; poco contacto visual, postura encogida, manos húmedas, movimientos nerviosos (no verbales); voz baja y débil (para verbal); usa palabras de relleno y anuladores (verbal). Ej: paciente; tímido, evita contacto visual, hablara poco, escasa información, evita preguntar y es dependiente frente al médico. Médico; queda más expuesto, se involucra afectivamente, le cuesta dar malas noticias, tomar decisiones y hacer recomendaciones.

Agresivo: "Defiende en exceso sus derechos e intereses personales, sin tener en cuenta los de los demás" **Castanyer**. Características; mirada directa, postura erguida y hacia delante, movimientos bruscos y expresiones faciales tensas (no verbal); tono de voz muy alto, imperativo y rápido (para verbal); interrumpe, monopoliza la conversación, puede utilizar insultos y amenazas (verbales). Ej: paciente; enojo, violenta, querrá dirigir el encuentro y manipular al médico, dudara de la efectividad y amenazara con denuncias. Médico; cortante, evita contacto visual, tono de voz fuerte y gestos negativos, enojado o molesto, juzgará; no favorece la autonomía del paciente.

Pasivo-agresivo: "Combinación del estilo pasivo y agresivo, que normalmente se pueden conocer como "agresión oculta "" **José Navas**. Características; evita la confrontación directa, utiliza indirectas, sarcasmo e ironías (verbal); contradicción con la conducta verbal (no verbal). Es más difícil de percibir.

¿Qué es más importante, qué digo o cómo lo digo? La comunicación verbal y no verbal

La comunicación verbal y su relación con los elementos no verbales- la comunicación no verbal puede apoyar, complementar, contradecir o sustituir.
Apoyar: "Me encuentro muy enojado", golpeando el puño contra el escritorio.
Complementar: "Estoy preocupado por la salud de mis padres", llevándose las manos a la cabeza.

Contradecir: "No me encuentro triste ni desganado", con tono de voz suave y mirada triste.
Sustituir: en una situación de amenaza; silencio, mirada de terror, temblor corporal.

La comunicación no verbal- gestualidad y lenguaje corporal (**cinésica**); dan información sobre el estado mental, emociones, estado del cuerpo y actitud. Es importante tener en cuenta el contexto en que se dan los mensajes verbales y no verbales. También están los paraverbales (**paralingüística**).
Elementos no verbales asociado al medio ambiente (**proxémicos**), analiza cómo las personas utilizan y perciben el espacio físico a su alrededor. **Cronémica**; actitud respecto al tiempo. **Diacrítica**; se refiere a lo que identifica identidad grupal e individual (vestimenta, marcas, accesorio, distintivo religioso).

Paul Ekman y Wallace Friesen sobre el origen de la comunicación no verbal; 1. relación entre ciertos eventos y la actividad no verbal que se construye en el sistema nervioso de cada especie. 2. experiencia en común de todos los miembros de una misma especie. 3. la experiencia que varía entre distintas culturas, grupos, familias e individuos.
Clasificación respecto a la conducta no verbal:
Ilustradores- acompañan, ilustran, acentúan, enfatizan en una palabra o frase; ayudan a la comunicación verbal, movimientos corporal son ilustradores.
Muestras de afecto- gestos faciales, para alegría, tristeza o rabia; también el movimiento y postura corporal.
Reguladors- involuntaria, indica que se está escuchando; con contacto visual o movimiento de cabeza.
Adaptadores- se desarrollan en la niñez, "esfuerzos de adaptaciones para satisfacer necesidades, cumplir acciones, dominar emociones, desarrollar acciones sociales"

La **Barre** dice que para el desarrollo de estas se necesita; motivación, actitud, conocimiento y práctica constante.

¿Qué está sucediendo qué es difícil comprendernos? Interferencias en la comunicación: Barreras y Filtros

¿Qué son las interferencias de la comunicación? - Obstáculos que distorsionan la expresión y la recepción del mensaje, haciendo imposible el objetivo comunicacional. Según Van-der Hofstadt; todo proceso comunicacional en condiciones óptimas, tiene alrededor de un 80% de pérdida sobre el total del mensaje original.

Barreras - Pueden deberse a situaciones materiales (mala iluminación), condiciones sensoriales (ruidos, dificultades visuales o auditivas), entornos culturales (prejuicios, códigos), características personales (emociones, filtros) o sistemas organizacionales (instituciones).
Clasificación según **Van-der Hofstadt**; 1. quién promueve la comunicación (emisor). 2. objetivo de la intención comunicativa (receptor). 3. lo que afecta el canal (barreras de medio ambiente y entorno)

1. Barreras del emisor. Código: falta de código en común y ambigüedad del mensaje. Habilidad personal: falta de habilidad, filtros, actitud negativa, falta de capacidad de auto control.
2. Barreras del receptor. Habilidades personales: falta de habilidad comunicacional, filtro, defensa psicológica. Carencia o inadecuada búsqueda de feedback: decodificación del mensaje y comprensión.
3. Barreras del ambiente. Medio ambiente: ruidos, teléfonos, frío, calor. Características del espacio: tamaño, privacidad, mobiliario, climatización. Organización: interrupciones, aglomeraciones.

Filtros - "barreras mentales", surgen de valores y experiencias de vida, ej; prejuicios.
Barreras psicológicas y emocionales - pueden influir en cómo se emiten y reciben los mensajes.
Barreras actitudinales - se presenta mediante comportamientos o percepciones que impiden que las personas se comuniquen con eficacia.
Barreras fisiológicas y físicas - estado físico de los participantes, ej; audición baja. En la comunicación no verbal impiden captar la totalidad del mensaje.
Barreras sistémicas - organizaciones o instituciones, que cuentan con un sistema ineficiente o inadecuado de información o canales de comunicación.

Sección 2. Entrevista

La importancia de ponerse en el lugar del otro: la empatía

Robert Vischer fue el primero en utilizar el término en alemán, el psicólogo **Edward Titchener** lo describió como "cualidad de sentirse dentro". El médico **Ronald H. Spiro** propone la empatía como una habilidad esencial para construir una buena relación médico-paciente; dos movimientos: 1. capacidad de escucha del médico y poder comprender lo que le sucede al paciente. 2. poder comunicar el entendimiento.

¿Cómo demostrar empatía? - escucha activa y promover la expresión sin emitir juicios de valor.

Gwan Van Servellen y pasos para la relación empática (importante acompañar de aspectos no verbales):

1. Identificación- ponerse en los zapatos del otro: comprensión (flexibilidad)
2. Incorporación- hacer suya la vivencia, experiencia y los sentimientos narrados por el otro.
3. Reverberación- dejarse conmover: la experiencia del profesional interactúa con la información del paciente, distinguir entre lo que sucede y la lectura que se pudo hacer.
4. Desapego- tomar una distancia funcional adecuada: capacidad del profesional de regresar, implica poder devolverle al paciente lo que hemos entendido.

Empatía y simpatía - la empatía apunta a dejar de lado nuestro punto de vista para ponernos en el zapato del otro, la simpatía indica una inclinación afectiva y juicio de valor.
Requisitos para construir una relación empática-

- Requisitos del entrevistador: uso de la empatía, características personales (capacidad de relación, evitar distracciones, comprensión del otro, identificar dolor o padecimiento), tener en cuenta los problemas personales (financieros, de salud, intrafamiliar), bienestar emocional (burn out; desgaste físico, psíquico y emocional del profesional).
- Requisitos del entrevistado: capacidad de reconocer afectos, sentimientos y hablar de manera abierta de ellos, la limitación de la habilidad para expresarse (enfermedad, idioma, cultura o creencias).
- Requisitos del entorno: precaución de minimizar al máximo las barreras del entorno.

Escucha activa, escucha reflexiva y escucha empática: pilares para una atención centrada en el paciente

Oír y escuchar - oír es percibir vibraciones de sonido, escuchar es entender, comprender o dar sentido a lo que se oye
Escucha activa- Van Servellen la describe como "el proceso de entender de manera completa lo que el otro está comunicando", tanto a nivel verbal como no verbal. La retroalimentación es esencial ya que hay que demostrarle al otro que se ha entendido todos los niveles del mensaje
¿Cómo se puede oír sin escuchar? - Distintos tipos de barreras; una de estas se relaciona con los miedos del entrevistador (programación de preguntas), prejuicios del entrevistador o falta de concentración. En la escucha activa el entrevistador se focaliza en lo que le están diciendo pero a su vez realiza una reflexión (autorreflexión).
La escucha activa y silencio del entrevistador - puede ser percibido como desinterés o aburrimiento, aunque también puede permitirle al entrevistador reflexionar sobre lo que se le está diciendo.
Escucha reflexiva - **Carl Rogers** la define como una estrategia de comunicación que incluye tratar de comprender la idea del emisor y luego devolverla para confirmar que se ha entendido correctamente, se trata de reflejar las ideas y estado emocional. Es necesario una escucha activa y empática para llegar a esta, debe ser sin juicios de valor ni ofrecer soluciones apresuradas o impedir la expresión de emociones.

Técnicas para una escucha reflexiva (**Rogers**):

1. Repetir: repetir frases o palabras.
2. Refreasear: sustituir palabra por sinónimos o alterar ligeramente lo que dijo.
3. Parafrasear: inferir el significado y reflejar con nuevas palabras
4. Señalar un sentimiento o conexión con otras ideas (conexiones), que el paciente no vio.

La auto-observación

De la auto-observación a la investigación clínica (De Toro):

1. Explicación: propósito de la observación, redactar y memorizar el objetivo.

2. Elección: elegir una conducta y valorar como positiva o negativa.
3. Registro de conducta: datos que surjan de la observación.
4. Elaboración de gráficos y esquemas: visualización de la conducta, frecuencia y probabilidad.
5. Publicación de datos: para el apoyo familiar y social en la modificación de la conducta.
6. Análisis periódico de los datos.

Ventajas: el sujeto puede controlar su propia conducta, permite recoger información de situaciones y contextos.

¿Por qué se utilizan pacientes estandarizados en la formación médica?

"La simulación permite que el aprendizaje forje sus conocimientos y su experiencia mediante la práctica y el ensayo en un entorno seguro en el que, casualmente, se minimizan las inconveniencias, las molestias y las posibles lesiones a los pacientes "reales "". Cantrell y Deloney.

Antecedentes históricos

- En los 60 el neurólogo Howard S. Barrows descubrió que se podía simular una situación de enfermedad con el fin de enseñar y evaluar habilidades clínicas. "Paciente programado" como metodología en la formación médica.
- En los 70 Barrows organizó seminarios con pacientes programados.
- En los 80, programas de la Universidad del Sur de Illinois y a difundir su técnica.
- En los 90, dos tercios de las escuelas de EE.UU utilizaban la metodología.
- !993, Consejo Médico de Canadá; primera en utilizar PE en el examen.
- 1998 EE.UU, el Consejo Educativo para Graduados Médicos Extranjeros incluirá el PE.
- 2004, la Junta Nacional de Examinadores Médicos, lo incluyen en exámenes de la licenciatura EE.UU.
- Desde el año 2009 se pone en práctica en la Carrera Doctor en Medicina de la Udelar.

Otros términos: paciente simulado, paciente instructor, paciente educador, paciente profesional, sustituto del paciente y paciente actor.

Paciente estandarizado - "Los PE son individuos entrenados para desempeñar el rol de un paciente en un escenario apropiado con el propósito de enseñanza o evaluación de estudiantes de medicina, residente o médicos generales".
A)"Pacientes reales estandarizados cuidadosamente entrenados para representar sus propias enfermedades de modo estandarizado e invariable."
B)"Pacientes simulados estandarizados preparados para representar el papel de un paciente real durante una entrevista clínica con un estudiante de medicina o un médico en formación."

"Paciente estandarizado": terminó por **Geoffrey Norman**, el paciente se presenta de igual forma frente a todos los estudiantes. Pueden ser actores o no.

Procesos en los que se utiliza pacientes estandarizados: Formación/evaluación de habilidades clínicas y/o comunicacionales.

¿Qué características tiene una clase con actores?

En espacios controlados de laboratorio, el estudiante ejecutará determinadas habilidades, destrezas y competencias en una situación representativa de lo real.

El estudiante huele manejar datos del paciente como sexo, edad, motivo de consulta; y situación clínica como ambulatorio, internado, emergencia. El estudiante puede ser entrevistador y observador, en este caso debe completar una grilla.

Se da en el primer semestre, el actor representa un informante calificado de la comunidad, los estudiantes ejercitan principios básicos de la técnica de entrevista en comunidad. La entrevista será filmada, se puede repetir, detener y solicitar retroalimentación; esto brinda al estudiante identificar obstáculos y facilitadores en su desempeño.

Pautas a tener en cuenta

- El estudiante debe "sumergirse" y el "pacto de realidad".
- El estudiante será siempre entrevistador.
- El objetivo será la consigna dada al estudiante.
- La actitud debe ser de desempeño profesional.
- En situaciones clínicas siempre se debe usar túnica y para el examen físico el lavado de manos.
- El rol del actor es asignado por el guión.
- El actor siempre está en su rol y da feedback.
- El estudiante puede "congelar".

Examen: evaluar la competencia clínica, se enmarca el ECOE Examen Clínico, Objetivo y Estructurado.

"Es un método de evaluación basado en una prueba objetiva, que incluye la observación directa del rendimiento del estudiante durante procedimientos o entrevistas clínicas planificadas, también conocidas como "estaciones".

Estaciones: son las unidades básicas o eslabones de la cadena de evaluaciones que es un ECOC. Son situaciones diferentes, es un mismo evaluador y misma situación para cada estudiante.

Los estudiantes rotan en estás y son 7 minutos.

Pautas de cotejo: diagnóstico de imágen interpretación de datos clínicos y/o exámenes paraclínicos, identificación de problemas de salud, juicio sobre la conducta terapéutica a seguir con un enfermo, etc.

Ventajas: evita sobrecargas, disponible en cualquier momento y ambiente, son adaptables, retroalimentación inmediata, permite evaluar a un gran número de estudiantes. El uso de PE no implica ausencia de experiencias con pacientes reales.

Desventajas: costos económicos y administrativos, nunca llega a ser tan real, la capacidad de asumirla como real, el ser observado puede generar estrés al estudiante.